امام زمانی، زهرا؛ مشهدی، علی؛ سپهری شاملو، زهره (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۱) ، ۲۴-۵.
DOI: 10.22067/ijap.v9i1.69238

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهرا امام زمانی[۱]، علی مشهدی[۲]، زهره سپهری شاملو[۳]

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

روش: این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، همه‌ی زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که به کلینیک روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت هدفمند، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) و معیارهای ورود انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش، در طی ۱۰ جلسه، طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پیش از انجام درمان و پس از آن، اعضای دو گروه به مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی و پرسشنامه اضطراب بک پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در نمرات اضطراب، افزایش معنادار کاربرد همه طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش معنادار کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار احساس گناه، ساده‌انگاری، خردگرایی، دوام، سرزنش و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

واژه های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، طرحواره درمانی هیجانی، اضطراب، طرحواره‌های هیجانی.

---

۱. کارشناس ارشد روا ن شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، zahra_emamzamani@yahoo.com
۲. دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، mashhadi@um.ac.ir
۳. دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

موضوع شناسایی و نظم جویی اضطراب[1] و مولفه های شناختی، رفتاری و هیجانی آن بخش عمده‌ای از ظرفیت‌های حوزه سلامت روان را به خود اختصاص داده است. تعداد زیادی از پژوهش‌های روان‌شناختی در طی سال‌ها به بررسی اضطراب پرداخته‌اند و در نتیجه الگوهایی برای شناسایی، تبیین و نظم‌جویی اضطراب پیشنهاد شده است که هرکدام به برخی از جنبه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی این پدیده بیشتر پرداخته‌اند. اضطراب همواره هم به عنوان یک پدیده ی غیربالینی و هم به عنوان یک پدیده بالینی مورد توجه متخصصان بالینی بوده است. این پدیده در حالت بالینی خود ویژگی اصلی گروهی از اختلال‌ها تحت عنوان اختلال‌های اضطرابی[2] می باشد. گفته می شود بخش عظیمی از ساختار عاملی طبقه‌بندی تشخیصی اختلال‌های روانی را عاملی تحت عنوان عاطفه‌مندی منفی تشکیل می‌دهد. این عامل، همپوشانی زیادی با مولفه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر دارد. همبودی این اختلال با سایر اختلال‌ها، بیشتر قاعده محسوب می شود تا استثنا. همچنین خود اختلال اضطرابی به تنهایی به دلیل باری که به فرد و جامعه تحمیل می کند، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و متولیان نظام سلامت، روان آسیب‌شناسان و روان‌درمانگران بوده است (Dugas & Robichaud, 2007).

پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM 5)[3]، اختلال اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی[4] شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می کند که در اکثر روزها، در ضمن حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد. این نگرانی مفرط، حیطه‌های مختلفی از زندگی فرد را در برگرفته و کنترل آن نیز مشکل است و علایم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری با آن همراه است. متوسط سن شروع این اختلال ۳۰ سالگی می‌باشد؛ با این حال، سن شروع دامنه‌ی گسترده‌ای دارد. همچنین متوسط سن شروع این اختلال از سایر اختلال‌های اضطرابی دیرتر می‌باشد. میزان شیوع یکساله این اختلال ۰/۴ تا ۳/۶ درصد و شیوع طول عمر ۹ درصد تخمین زده شده است (American Psychiatric Association, 2013) .

در رابطه با اختلال‌های اضطرابی بیشتر مفهوم‌پردازی‌ها از الگوی شناختی رفتاری[5] نشأت می گیرند (Mennin, 2004). با وجود شواهد بسیاری برای کارآمدی درمان شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی، اما از آن‌جا که این درمان به مواجهه مستقیم همراه با پیشگیری از پاسخ در رابطه با رفتار برانگیزاننده اضطراب نیاز دارد، بیماران ممکن است به درمان ادامه ندهند یا از مواجهه مستقیم امتناع ورزند. در واقع مواجهه

1. Anxiety
2. Anxiety Disorder
3. Diagnostic and Statistical Annual of Mental Disorders
4. Worry
5. Cognitive Behavioral Model

موثر، فعال‌سازی ترس را ایجاب می‌کند و اختلال‌های اضطرابی با ترس از پیامدهای اضطراب یا حس‌های فرد مشخص می‌شوند (Leahy, 2007a). به عبارت دیگر هنگامی که هیجان‌ها برانگیخته شده و به آن درجه از شدت می‌رسند که دردسرساز می شوند، ممکن است بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی[1] و تکنیک‌های رفتاری مانند مواجهه دشوار شده و آشفتگی افزایش یابد.(Leahy, Tirch & Napolitano, 2001)

به علاوه گرچه نتایج برخی از پژوهش‌های فراتحلیل، مانند فراتحلیل (Mitt, 2005) نشان داده است که رفتار درمانی شناختی را می‌توان به عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفت، اما در مطالعات پیگیری به طور خوش‌بینانه تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به این اختلال به بهبود بالینی معناداری دست یافته‌اند (Arntz, 2003). (Borkovec, Newman & Castonguay, 2003) با جمع‌بندی پژوهش‌های شناختی رفتاری در زمینه اختلال اضطراب فراگیر، به این نتیجه رسیدند که برای افزایش کارایی درمان‌های شناختی رفتاری باید به مولفه‌های هیجانی و بین‌فردی این افراد بیشتر توجه شود.

بنابراین، پژوهش‌ها نتایج درمانی ناامیدکننده را به دلیل فقدان الگوی خاصی برای این اختلال می‌دانند که بتواند غیرقابل‌کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مدنظر قرار دهند، و در انتها می‌توان چنین ادعا نمود که روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که الگوی درمانی بر مبنای سازوکاری بنا شود که از پردازش هیجان‌های طبیعی جلوگیری به عمل می‌آورند (Wells, 1995). بنابراین در سال‌های اخیر توجه روزافزونی نسبت به نقش پردازش هیجانی[2] در اختلال‌ها معطوف شده است. امروزه روان‌شناسان دریافته‌اند که برخی بیماران به دلیل مستاصل شدن از هیجان‌های خود و بی اطلاعی از چگونگی نظم‌جویی آنها به شیوه‌های ناسازگارانه از جمله سوءمصرف مواد مخدر، پرخوری، نشخوار فکری و نگرانی متوسل می‌شوند (Leahy & et al.., 2001). امروزه علاوه بر الگوهای التقاطی، بسیاری از نظریه‌های شناختی نیز به نقش پررنگ هیجان‌ها در تحول و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی پی برده‌اند، طوری که بسیاری از آنها، هیجان را همتراز با شناخت در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی می‌دانند و به سمت الگوهای شناختی هیجانی حرکت کرده‌اند (Khanzadeh, edrisi, Mohamadkhani & saedian, 2013) .

1. Cognitive Techniques
2. Emotional Processing

یکی از این نظریه‌ها، طرحواره‌درمانی هیجانی[1] می باشد که شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است و Leahy این رویکرد درمانی را با اقتباس از نظریه شناختی Beck، طرحواره درمانی[2] Young، الگوی فراشناختی Wells و رویکردهای مبتنی بر پذیرش[3] برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (Leahy, 2002).

در این الگو، افراد از نظر تفسیری که از تجربه‌ی هیجانی خود به عمل می‌آورند، با یکدیگر تفاوت داشته و تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌های آنان، طرحواره‌های هیجانی[4] نامیده می‌شود. همچنین، تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسانظم‌جویی هیجانی می‌شود. افراد بر اساس طرحواره‌های هیجانی خود ممکن است از طریق اجتناب تجربی (مانند سرکوب، کرخی، اجتناب و گریز)، راهبردهای شناختی بی‌فایده (مانند نگرانی و نشخوار فکری)، جستجوی حمایت اجتماعی (خواه راهبردهای اعتباریابی سازگارانه و خواه ناسازگارانه) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. اهداف این درمان، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌های هیجانی که بیمار برای تفسیر و اقدام درباره هیجان از آنها استفاده می کند و ایجاد باورها و راهبردهای جدید، انعطاف پذیرتر و سازگارانه درباره تجربه هیجانی فرد می باشد (Leahy & et al., 2001).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های هیجانی با اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلال‌های شخصیت[5] در ارتباط هستند (Leahy, 2002). در رابطه با اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های روان‌شناختی، حمایت تجربی از طرحواره‌درمانی هیجانی وجود دارد (Leahy, 2015). در پژوهشی در حیطه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر نتایج نشان داد، طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش نگرانی، علایم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به این اختلال موثر است (Khaleghi, Mohammadkhani & Hasani, 2016).

نتایج پژوهش موردی Leahy درباره تاثیر طرحواره درمانی هیجانی بر بیمار وسواسی مقاوم به درمان نشان داد این درمان منجر به رفع چک کردن، پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی، خوش‌آمدگویی به هیجان‌ها و ایجاد اعتقاد به گذرا بودن آنها شده است (Leahy, 2007). نتایج پژوهشی دیگر حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و افزایش کاربرد طرحواره‌های هیجانی کارآمد بود (Rezaee, 2016). در پژوهش بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر طرحواره‌های

1. Emotional Schema Therapy
2. Schema Therapy
3. Acceptance Based Theories
4. Emotional Schemas
5. Personality Disorders

هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت، نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، افزایش پذیرش هیجان‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. این تاثیرگذاری بر افزایش همگانی بودن هیجان‌ها در مرحله پس‌آزمون و افزایش اعتباربخشی هیجانی و درک هیجانی هم در مرحله پیگیری به تایید رسید (Daneshmandi, Izadikhah, Kazemi, & Mehrabi, 2014). در پژوهش دیگری در زمینه اختلال استرس پس از سانحه، نتایج نشان دادند که طرحواره‌درمانی هیجانی موجب اصلاح طرحواره‌های هیجانی شد (Naderi, Moradi, Hasani, & Noohi, 2015). در نهایت، در پژوهشی دیگر که در زمینه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شده بود، نتایج حاکی از کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های این اختلال در اثر طرحواره درمانی هیجانی بود (Rezaee, Sepahvandi & Mirzaee Habili, 2017).

علاوه بر این در پژوهش (Sobhi-Gharamaleki, Porzoor, Aghajani & Narimani, 2015)، با هدف بررسی اثربخشی آموزش متمرکز بر نظم‌جویی هیجان (که از نظر محتوای درمان با طرحواره درمانی هیجانی اشتراکاتی دارد) بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان، نتایج نشان داد که آموزش نظم‌جویی هیجان نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. نتایج پژوهشی دیگر با هدف بررسی تاثیر درمان نظم‌جویی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر حاکی از اثربخشی این درمان در بهبود نشانه‌ها، عملکرد و جنبه‌های کیفی بیمار بود (Mennin, 2004). همچنین نتایج یک متاآنالیز نشان داد که استفاده از راهبردهای نظم‌جویی هیجان با علایم افسردگی و اضطراب ارتباط دارد؛ بدین صورت که راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازگارانه (ارزیابی مجدد شناختی، حل مساله و پذیرش) با علایم افسردگی و اضطراب رابطه معکوس و راهبردهای نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه (اجتناب، سرکوب و نشخوار فکری) با این علایم رابطه مستقیم دارند (Naumann & et al., 2017). در نهایت در پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ترکیبی از این الگوی درمانی سنتی به همراه آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجان بر بیماران روان‌شناختی پرداخته شده بود، نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجان، نقش تعیین کننده‌ای در سلامت روان و پیامدهای درمان داشته و آثار درمانی رویکرد شناختی رفتاری را ارتقا می‌بخشد (Berking & et al., 2008).

در مجموع با توجه به نکاتی مانند اینکه ۱) نتایج درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلال های اضطرابی از حد ایده آل کمتر بوده اند، ۲) طرحواره درمانی هیجانی با تمرکز بر هیجان و باورهای هیجانی مفهوم پردازی جدیدی از اختلال های هیجانی ارائه داده است و ۳) در رابطه با اثربخشی این درمان بر اختلال

اضطراب فراگیر پژوهش های اندکی صورت پذیرفته، این پژوهش به بررسی اثر بخشی این درمان بر اضطراب و طرحواره های هیجانی موجود در این اختلال پرداخته است. سوال این پژوهش این بود: آیا این شیوه درمانی منجر به افزایش کاربرد طرحواره های هیجانی سازگار و کاهش کاربرد طرحواره های هیجانی ناسازگار و کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود یا خیر؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی[1] بود و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و کنترل و با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل همه زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که در شهریور و مهر ماه ۱۳۹۵ به کلینیک مشاوره و روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. از این میان، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)، معیارهای ورود و با شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID)، داشتن جنسیت زن، دارا بودن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، برخورداری از حداقل تحصیلات: دیپلم، عدم سوء مصرف مواد مخدر و الکل و عدم ابتلا به افسردگی درمان نشده شدید بر اساس مصاحبه بالینی (افراد مبتلا به افسردگی در صورتی می توانند در پژوهش شرکت کنند که برای اختلال خلقی تحت نظر یک درمانگر دیگر باشند که وی اجازه ی ورود به گروه را به آنها داده باشد)، بود. سپس افراد انتخاب شده، به طور تصادفی به دو گروه جهت تشکیل گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)[2]: به منظور سنجش اختلال اضطراب فراگیر در شرکت کنندگان، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) استفاده شد که یک مصاحبه بالینی نیمه‌ساخت‌یافته برای DSM-IV (SCID) است که توسط First و همکارانش در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است (First, Spitzer, Gibbson & Williams, 2010). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این مصاحبه بالینی دارای ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی است (Dugas & Robichaud, 2007). در ایران نیز در پژوهشی، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی را متوسط تا خوب گزارش کرده (کاپای بالاتر از

1. Quasi-Experimental
2. Structured Clinical Interview for DSM-IV

۰/۶۰)، توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و همچنین اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این مصاحبه را مطلوب گزارش کردند (Sharifi & et al., 2004).

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی[1]: برای سنجش طرحواره‌های هیجانی از مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی استفاده شد که Leahy برای شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجان‌ها و طرحواره‌های هیجانی این مقیاس را طراحی و تدوین کرده است (Leahy, 2002). این مقیاس، نوعی مقیاس خودسنجی ۵۰ سوالی است که ارزیابی طرحواره‌های هیجانی را در ۱۴ بعد اعتباریابی[2]، قابل فهم بودن[3]، احساس گناه[4]، ساده انگاری[5]، ارزش‌های برتر[6]، کنترل[7]، کرخی[8]، نیاز به خردگرا بودن[9]، دوام[10]، اتفاق‌نظر[11]، پذیرش[12] احساس‌ها، نشخوار فکری[13]، ابراز[14] و سرزنش[15] امکان پذیر می سازد. هر آیتم این مقیاس خودسنجی در یک مقیاس ۶ درجه ای از ۱ (کاملا نادرست) تا ۶ (کاملا درست) نمره گذاری می‌شود. هر بعد شامل ۲ تا ۷ آیتم می‌باشد. در مطالعه‌ای بر روی ۱۲۸۶ شرکت کننده، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ بوده است، به عبارتی این آزمون از ثبات درونی کافی برخوردار است. در مطالعه ای دیگر، نتایج نشان داد از ۱۴ بعد طرحواره هیجانی، ۱۲ مورد همراهی قابل توجه با پرسشنامه افسردگی بک II [16] و پرسشنامه اضطراب بک دارند (Leahy, 2015). در ایران نیز در پژوهشی ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار گرفته است. اعتبار این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (Khanzadeh & et al., 2013).

1. Leahy Emotional Schema Scale (LESS)
2. Validation
3. Comprehensibility
4. Guilt
5. Simplicity
6. Higher Values
7. Control
8. Numbness
9. Rationality
10. Duration
11. Consensus
12. Acceptance
13. Rumination
14. Expression
15. Blame
16. The Beck Depression Inventory (BDI-II)

پرسشنامه اضطراب بک[1]: Beck و همکارانش این پرسشنامه را که از ۲۱ آیتم تشکیل می شود و علایم شایع اضطراب را در برمی‌گیرد، در سال ۱۹۹۱ معرفی کردند. هر آیتم این پرسشنامه در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. آنها در مطالعه ای که بر روی ۱۶۰ نفر بیمار انجام دادند، ثبات درونی (آلفای کرونباخ =۰/۹۲) و اعتبار آزمون – بازآزمون برابر با ۰/۷۵ بدست آمد (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) . در مطالعه ای دیگر نیز داده‌های به دست آمده، کاربردپذیری و روایی و اعتبار این پرسشنامه را مورد تایید قرار داد (Osman, Kopper, Barrios, Osman & Wade, 1997). برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، پژوهشی تحت عنوان ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب Beck در طبقات سنی و جنسی انجام شد. یافته های این پژوهش نشان داد این پرسشنامه دارای روایی (r =۰/۷۲)، اعتبار (r =۰/۸۳) و ثبات درونی (آلفای کرونباخ =۰/۹۲) مناسبی می‌باشد (Kaviani & Mousavi, 2008).

اجرای پژوهش

در ابتدا در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌ها اجرا شد. سپس طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش، پس از خاتمه درمان نیز اعضای دو گروه به پرسشنامه ها مجددا پاسخ دادند و داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برنامه درمانی پژوهش حاضر، بر اساس پروتکل طرحواره درمانی هیجانی برگرفته از کتاب طرحواره درمانی هیجانی Leahy (2015)، تنظیم شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی

جلسه اول	معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی‌های خود. اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره اختلال اضطراب فراگیر. تکلیف: تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان.
جلسه دوم	اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره هیجان، تمایز آن با فکر و رفتار و طرحواره‌درمانی هیجانی و منطق آن. مطرح کردن کارکرد هیجان‌ها و سیر تکاملی آنها. تعریف طرحواره‌های

1. Beck Depression Inventory (BDI-II)

	هیجانی و بیان تاثیر آنها بر باورها و رفتارهای افراد. توضیح نقش طرحواره ها در اضطراب افراد با ذکر مثال. تکلیف: تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان.
جلسه سوم	عادی‌سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تکلیف: تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجان‌ها غیرعادی هستند. انجام تمرین آرمیدگی عضلانی
جلسه‌چهارم	اعتبار دادن. تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب. استفاده از تمثیل مهمان برای پذیرش اضطراب و تکنیک سوار شدن بر موج اضطراب. تکلیف: انجام تمرین‌های پذیرش هیجان. مزایا و معایب پذیرش هیجان.
جلسه پنجم	اعتبار دادن. چالش با باورهایی درباره احساس های مختلط. انجام تمرین درباره احساس‌های مختلط. آموزش ذهن‌آگاهی. تکلیف: مزایا و معایب پذیرش احساس‌های مختلط. انجام تمرین ذهن‌آگاهی.
جلسه ششم	اعتبار دادن. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان و آموزش تکنیک وکیل مدافع برای به چالش کشیدن آنها (کنترل و نشخوار فکری). تکلیف: بررسی سود و زیان، تکنیک بررسی شواهد.
جلسه هفتم	چالش با باورهای نادرست هیجان وانجام تکنیک بررسی شواهد (خردگرایی). تشویق اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق برای تصمیم‌گیری‌ها . بررسی شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیم‌گیری‌ها. تکلیف: مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان‌ها در تصمیم‌گیری، انجام تکنیک وکیل مدافع.
جلسه هشتم	بررسی سبک‌های دردسرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجان‌های خود. آموزش نحوه‌ی صحیح دریافت اعتبار از سایرین. انجام تکنیک ذهن‌آگاهی دلسوزانه. تکلیف: انجام ذهن آگاهی دلسوزانه. تکنیک اعتباربخشی به خود. بیان عبارات کمک‌کننده برای دریافت اعتبار.
جلسه نهم	چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزش‌های برتر). انجام تکنیک بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، تمثیل مثبت و منفی. انجام تکنیک بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان. تکلیف: تهیه لیست ارزش‌های خود. انجام تمرین‌های بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، تمثیل مثبت و منفی.
جلسه دهم	کمک به تحکیم وضعیت آموخته‌های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرفت‌ها. صحبت درباره موانع ادامه یافتن انجام تمرین‌ها پس از پایان درمان و یافتن راه‌حل‌هایی برای رفع موانع بحث درباره روش هایی که به تداوم نتایج کمک می کنند. مرور هدف‌ها و میزان دستیابی به آنها. صحبت درباره پایان درمان و ابراز احساس‌ها درباره آن. اجرای مجدد آزمون‌ها

یافته ها

همانطور که پیش تر نیز گفته شد، نمونه شامل ۲۰ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. داده های به دست آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل می شود. در سطح توصیفی از شاخص هایی مانند میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار آماری SPSS21 استفاده شد.

در ابتدا اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۲ ارائه می شود.

جدول۲: میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیر اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر	مرحله	گروه			
		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش آزمون	۲۱/۹	۸/۴۵	۱۶/۸	۱۱/۲۷
	پس آزمون	۱۳/۸	۷/۷۵	۱۷/۵	۱۰/۴۹

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمره‌های اضطراب، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد که برای اضطراب، این آزمون معنادار نبود ($P >$ ۰/۰۵). معنادار نبودن این آزمون نشان می دهد که داده‌ها توزیع نرمال دارند. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها نیز معنادار نبود (پیش‌آزمون: P=۰/۵۹، F=۱/۳۱) و (پس‌آزمون: P=۰/۵۳، F=۰/۸). معنادار نبودن این مفروضه به معنای، برقراری آن می باشد. در نهایت، مفروضه ی سوم همگنی شیب رگرسیون‌ها است که آن نیز رعایت شده بود (نگرانی پس‌آزمون: P=۰/۳۱، F=۱/۰۹). بنابراین بر اساس رعایت هر سه مفروضه، امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد. بنابراین برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه آزمایش به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پیش‌آزمون، به عنوان متغیر همپراش و نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پس‌آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد این الگو شدند.

جدول۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آزمون اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۳۳۲/۳۴	۱	۱۳۳۲/۳۴	۱۱۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۳۰۶/۱۱	۱	۳۰۶/۱۱	۲۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶
(پس آزمون)	خطا	۱۹۹/۷۵	۱۷	۱۱/۷۵			
	کل	۶۴۹۹	۲۰				

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میان اضطراب شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین این درمان بر کاهش اضطراب اعضای گروه آزمایش تاثیرمعنادار داشته است (P=۰/۰۰۱ ، F=۲۶/۰۵).

در جدول ۴ نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار آمده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار به‌دست‌آمده از ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار

طرحواره‌های سازگار					
متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اعتباریابی	پیش‌آزمون	۹/۱	۲/۱۳	۸/۹	۲/۸
	پس‌آزمون	۱۱/۷	۲/۶۲	۸/۴	۲/۳۶
قابل‌فهم بودن	پیش‌آزمون	۱۴/۱	۴/۱۷	۱۸/۴	۴/۳۷
	پس‌آزمون	۲۰/۱	۳/۰۳	۱۷/۷	۴
ارزش‌های برتر	پیش‌آزمون	۱۲/۴	۳/۰۹	۱۲/۳	۲/۵۸
	پس‌آزمون	۱۵/۱	۱/۶۶	۱۱/۹	۲/۱۳
کنترل	پیش‌آزمون	۸/۳	۳/۴	۱۱/۳	۵/۱۴
	پس‌آزمون	۱۳/۸	۳/۸۲	۱۰/۸	۵
اتفاق نظر	پیش‌آزمون	۱۱/۴	۳/۲۷	۱۳/۱	۴/۸۸
	پس‌آزمون	۱۶/۵	۴/۳۷	۱۲/۶	۴/۸۸

پذیرش	پیش‌آزمون	۲۲/۳	۵/۹۸	۲۵	۵/۵۷
	پس‌آزمون	۳۲/۱	۵/۴	۲۴/۶	۵/۳۳
ابراز	پیش‌آزمون	۷/۱	۱/۸۵	۷/۳	۲/۷۱
	پس‌آزمون	۹/۱	۱/۶۶	۶/۹	۲/۵۱
طرحواره‌های ناسازگار					
متغیر	**مرحله**	**گروه آزمایش**		**گروه کنترل**	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس گناه	پیش‌آزمون	۱۴/۹	۴/۴۸	۱۴/۱	۳/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰/۱	۳/۹۲	۱۴/۸	۳/۴۵
ساده انگاری	پیش‌آزمون	۲۱/۶	۳/۰۲	۱۷/۴	۴/۳۷
	پس‌آزمون	۱۴/۵	۴/۸۳	۱۷/۹	۳/۸۴
کرخی	پیش‌آزمون	۶	۳/۱۲	۳/۹	۲/۰۲
	پس‌آزمون	۵/۳	۲/۴	¾	۱/۹۴
خردگرایی	پیش‌آزمون	۱۳/۵	۳/۰۲	۱۴	۲
	پس‌آزمون	۱۰/۲	۳/۵۲	۱۴/۴	۱/۶۴
دوام	پیش‌آزمون	۷/۲	۳/۱۵	۶/۸	۲/۷۴
	پس‌آزمون	۴/۴	۲/۳۱	۷/۳	۲/۶۲
نشخوارفکری	پیش‌آزمون	۲۰/۲	۳/۰۴	۱۹/۹	۳/۷۵
	پس‌آزمون	۱۵	۲/۱	۲۰/۴	۳/۳
سرزنش	پیش‌آزمون	۹	۲/۷	۸/۲	۲/۸۹
	پس‌آزمون	۶/۷	۲/۴۹	۸/۶	۲/۶۷

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. پیش فرض اول، نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته است که از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد که برای هردو گروه طرحواره‌های هیجانی، این آزمون معنادار نبود ($P>$۰/۰۵). نتایج آزمون باکس نیز برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس – کوواریانس از نظر آماری معنادار نبود (طرحواره‌های هیجانی سازگار P=۰/۹؛ F=۰/۶۷) و (طرحواره‌های هیجانی ناسازگار P=۰/۴۲؛ F=۱/۰۲). معنادار نبودن این آزمون به معنای برقراری این مفروضه می باشد. در نتیجه به دلیل برقراری پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، انجام این آزمون امکان پذیر است. در تحلیل مربوط به طرحواره‌های هیجانی سازگار و تحلیل مربوط به طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، گروه آزمایش

و گروه کنترل به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات طرحواره‌های هیجانی سازگار و نمرات طرحواره‌های هیجانی ناسازگار شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، به عنوان متغیر هم‌پراش و نمرات طرحواره‌های هیجانی سازگار و نمرات طرحواره‌های هیجانی ناسازگار شرکت کنندگان در مرحله پس‌آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد الگو شدند. همچنین لازم به ذکر است که به دلیل برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس برای هر دو گروه طرحواره، از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار به‌عنوان متغیرهای وابسته حاصل‌شده، تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۷=لامبدا ویلکز، $P = ۰/۰۱$، $F_{(۷, ۵)}=۸/۸۴$) و همچنین در رابطه با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار به‌عنوان متغیرهای وابسته حاصل‌شده، تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۴=لامبدا ویلکز، $P = ۰/۰۰۵$، $F_{(۷, ۵)}=۱۳/۷۵$).

جدول۵: نتایج آزمون‌های اثرات بین شرکت‌کنندگان جهت مقایسه ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
طرحواره‌های سازگار							
اعتبار	پس‌آزمون	۲۶/۳۸	۱	۲۶/۳۸	۱۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۴۷
قابل‌فهم بودن	پس‌آزمون	۵۲/۲۶	۱	۵۲/۲۶	۶/۰۳	۰/۰۳	۰/۳۵
ارزش‌های برتر	پس‌آزمون	۱۱/۹	۱	۱۱/۹	۶/۷۲	۰/۰۲	۰/۳۷
کنترل	پس‌آزمون	۶۲/۲	۱	۶۲/۲	۱۱/۲۹	۰/۰۱	۰/۵
اتفاق نظر	پس‌آزمون	۵۳/۶۲	۱	۵۳/۶۲	۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۴۲
پذیرش	پس‌آزمون	۲۳۵/۰۴	۱	۲۳۵/۰۴	۲۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
ابراز	پس‌آزمون	۸/۶۸	۱	۸/۶۸	۵/۶۸	۰/۰۳	۰/۳۴
طرحواره‌های ناسازگار							
متغیر	**مرحله**	**مجموع مجذورات**	**درجه آزادی**	**میانگین مجذورات**	**F**	**سطح معناداری**	**اندازه اثر**

احساس گناه	پس‌آزمون	۱۲۶/۷۴	۱	۱۲۶/۷۴	۲۲/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
ساده انگاری	پس‌آزمون	۱۲۷/۳۱	۱	۱۲۷/۳۱	۷/۴۳	۰/۰۲	۰/۴
کرخی	پس‌آزمون	۰/۲۷	۱	۰/۲۷	۰/۳۱	۰/۵۸	۰/۰۲
خردگرایی	پس‌آزمون	۸۱/۴۶	۱	۸۱/۴۶	۹/۴۱	۰/۰۱	۰/۴۶
دوام	پس‌آزمون	۲۵/۷۹	۱	۲۵/۷۹	۹/۷۵	۰/۰۱	۰/۴۷
نشخوارفکری	پس‌آزمون	۱۰۶/۷۴	۱	۱۰۶/۷۴	۵۵/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳
سرزنش	پس‌آزمون	۳۳/۱۵	۱	۳۳/۱۵	۱۱/۷۷	۰/۰۰۶	۰/۵۱

جدول۵، معناداری هریک از تحلیل واریانس‌های تک متغیری را که در مورد متغیرهای وابسته به طور جداگانه انجام گرفته است، نشان می دهد. نتایج آزمون اثرات بین شرکت کننده‌ها در جدول ۵، نشان می دهد که در رابطه با طرحواره‌های هیجانی سازگار میان شرکت کننده‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره اعتبار (*P*=۰/۰۱، *F*=۱۰/۰۳)، قابل فهم بودن (*P*=۰/۰۳، *F*=۶/۰۳)، ارزش‌های برتر (*P*=۰/۰۲، *F*=۶/۷۲)، کنترل (*P*=۰/۰۱، *F*=۱۱/۲۹)، اتفاق نظر (*P*=۰/۰۱، *F*=۷/۹۵)، پذیرش (*P*=۰/۰۰۱، *F*=۲۰/۷) و ابراز (*P*=۰/۰۳، *F*=۵/۶۸) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در رابطه با طرحواره های هیجانی ناسازگار، احساس گناه (*P*=۰/۰۰۱، *F*=۲۲/۵)، ساده انگاری (*P*=۰/۰۲، *F*=۷/۴۳)، خردگرایی (*P*=۰/۰۱، *F*=۹/۴۱)، دوام (*P*=۰/۰۱، *F*=۹/۷۵)، نشخوار فکری (*P*=۰/۰۰۱، *F*=۵۵/۸۴) و سرزنش (*P*=۰/۰۰۶، *F*=۱۱/۷۷) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین به دلیل بزرگتر بودن سطح معناداری متغیر کرخی از ۰/۰۵، میان شرکت کننده-های گروه آزمایش و کنترل در نمره کرخی (*P*=۰/۵۸، *F*=۰/۳۱)، تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتیجه

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره-های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. بر اساس یافته های پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار داشت. این یافته با یافته‌های پژوهش (khaleghi & et al., 2016; Rezaee, & et al., 2017) همسو است. از آنجا که محتوای طرحواره درمانی هیجانی و نظم جویی هیجانی اشتراکاتی دارند، نتیجه پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها نیز قابل قیاس می باشد. به عنوان مثال، نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که اثربخشی نظم‌جویی هیجانی را بر اضطراب مورد بررسی قرار داده‌اند مانند (Sobhi-Gharamaleki & et al., 2015; Naumann & et al., 2017; Berking & et al., 2008; Mennin, 2004)، همسو است. همانطور که پیش تر نیز گفته شد طرحواره‌های

هیجانی با بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاری زناشویی و اختلال‌های شخصیت در ارتباط هستند (Leahy, 2002). از نظر Leahy هریک از اختلال‌های اضطرابی در بردارنده‌ی طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد هیجان‌ها هستند (Leahy, 2007a).

به عنوان مثال طرحواره کنترل و باور درباره طول مدت هیجان بهترین پیش‌بینی کننده‌های اضطراب هستند (Tirch, Leahy, Melwani & Silberstein, 2012). اضطراب اغلب به صورت فقدان کنترل یا کنترل از هم گسیخته هنگام احساس خطر از یک موقعیت تجربه می شود. علاوه براین، باور به اینکه کنترل امری ضروری است و نبود آن موجب فاجعه می شود، زمینه متناقض بسیاری از اختلال های اضطرابی است: فرد نیازمند کنترل موقعیت ها و هیجان ها است، اما نمی تواند آن ها را کنترل نماید و بنابراین بیشتر نیازمند کنترل می شود. در نتیجه افراد مضطرب تر می شوند، زیرا بر این باورند که فقدان کنترل ضرورتا خطرناک است. بر اساس آنچه بیان شد، طرحواره درمانی هیجانی به بیماران کمک می شود از کنترل افکار اضطرابی، ادراک و هیجان ها دست بردارند و با استفاده از روش های پذیرش و ذهن آگاهی هیجان های خود را مشاهده کرده و آنها را مورد قضاوت قرار ندهند. به عبارتی با کمک دادن به بیماران برای کنترل نکردن اضطراب، منجر به کاهش آن می شود (Leahy, 2015).

به طور کلی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و روش‌های مقابله نادرست با هیجان ها موجب ایجاد مشکل در تجربه ی هیجانی افراد می شود. بنابراین می‌توان انتظار داشت با اصلاح طرحواره‌های هیجانی افراد، تجربه ی هیجانی آنها نیز اصلاح شود. همانطور که پیش تر نیز گفته شد طرحواره های هیجانی با اضطراب در ارتباط هستند (Leahy, 2007a; Leahy & et al., 2001; Leahy, 2015). در پژوهش حاضر نیز به اصلاح این طرحواره‌ها پرداخته شد. روش های به کار رفته برای اصلاح طرحواره های هیجانی اعضای گروه شامل گفتگوی سقراطی، بررسی مزایا و معایب، تکنیک وکیل مدافع، بررسی شواهد موافق و مخالف برای باورهای هیجانی، عادی سازی هیجان ها، اعتبار بخشیدن به هیجان ها و ... بود.

علاوه براین در پژوهش حاضر درمانگر روش های مقابله ای سازگارانه را به اعضای گروه آموزش داد تا برای مدیریت اضطراب خود از این شیوه ها استفاده نمایند. یکی از این روش‌ها آرمیدگی عضلانی بود. افراد با تمرین کردن این روش می‌توانند پس از مدتی به طور ارادی تنش عضلانی خود را کاهش داده و پاسخ آرامش را ایجاد نمایند. اثربخشی روش آرمیدگی عضلانی در برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش‌های (Arntz, 2003; Dugas & et al., 2010) که با هدف بررسی اثربخشی این روش در افراد مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر انجام شده بودند، به تایید رسیده است.در پژوهش حاضر نیز، پس از آموزش و تمرین، اعضای گروه گزارش کردند که این تمرین موجب کاهش تنش عضلانی و شدت اضطراب شده است. این تمرین علاوه بر اثرات مستقیم بر میزان اضطراب، بر باورهای فرد درباره دوام و کنترل ناپذیری اضطراب نیز اثرگذار بود. اعضای گروه با انجام این تمرین قادر بودند که خود، اضطراب شان را کاهش دهند و در نتیجه نسبت به هیجان خود احساس تسلط داشته باشند. همچنین آنها با انجام تمرین و کاهش اضطراب به این نتیجه رسیده بودند که الزاما اضطراب به طول نمی‌انجامد و می‌تواند گذرا و موقتی باشد.

راهبردهای دیگری که در این پژوهش به کار رفت، شیوه ذهن آگاهی از تنفس و تجربه ی هیجان به صورت موج بود. بر خلاف آرمیدگی عضلانی، هدف اصلی ذهن‌آگاهی ایجاد آرامش و کاهش تنش نیست. از آنجا که تلاش برای کنترل و سرکوب اضطراب، نتیجه عکس داده و منجر به افزایش آن می شود، مشاهده بدون قضاوت اضطراب منجر به کاسته شدن از میزان آن می شود. نتایج پژوهش (Vollestad, Sivertsen & Nielsen, 2011) نیز اثربخشی روش‌های ذهن آگاهی مبتنی بر استرس را بر نشانه‌های نگرانی، اضطراب و اضطراب حالت-صفت در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نشان داده است. علاوه بر این پژوهشی دیگر اثربخشی ذهن‌آگاهی را بر بهبود شاخص‌های زیستی مربوط به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که بهبود این شاخص‌ها شاهدی بر اثربخشی این نوع درمان می باشد (Hogo & et al., 2017). در پژوهش حاضر نیز وقتی اعضا این مشاهده‌ی بی‌قضاوت اضطراب را تمرین کردند، از میزان اضطراب آنها کاسته شد.

بخش دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی گروهی موجب افزایش معنادار در به کارگیری همه‌ی طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش معنادار در به کارگیری طرحواره‌های هیجانی ناسازگار (به جز طرحواره کرخی) شده است. این یافته با پژوهش‌هایی مانند (Leahy, 2007b; Daneshmandi & et al., 2014; Naderi & et al., 2015; Rezaee, 2016) همسو است. همانطور که پیش تر نیز گفته شد هدف اصلی طرحواره درمانی هیجانی شناسایی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی است (Leahy, 2007a). بر اساس این هدف در این پژوهش راهبردهایی برای اصلاح طرحواره های هیجانی به کار رفت.

به عنوان مثال، در رابطه با طرحواره اعتباریابی که یکی از مهم‌ترین طرحواره‌های هیجانی است و می‌تواند بر طرحواره‌های دیگر نیز موثر باشد، از روش‌هایی مانند اعتباردهی در جلسه های درمان، آموزش نحوه‌ی دریافت اعتبار از دیگران، ذهن‌آموزی دلسوزانه و اعتباردهی به خود استفاده شد. همچنین از روش

بررسی سود و زیان و بررسی شواهد اعضا این باور که هیجان‌ها کنترل ناپذیر هستند را به چالش کشیدند. از روش بررسی سود و زیان برای بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها و استعاره اضطراب به عنوان مهمان برای افزایش پذیرش هیجان ها استفاده شد. از روش آموزش روانی درباره هیجان‌ها و عادی‌سازی هیجان‌ها به بهبود طرحواره قابل فهم بودن کمک شد. در نهایت از روش بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، استفاده از روش پیکان رو به پایین، تمثیل مثبت و منفی و تهیه لیست ارزش‌ها برای این استفاده شد که اعضا بتوانند ارزش‌های زیربنای اضطراب خود را شناسایی کنند. در رابطه با اصلاح طرحواره های ناسازگار نیز راهبردهایی به کار گرفته شد که در ادامه توضیح داده می شود. به عنوان مثال در رابطه با طرحواره ساده انگاری هیجان‌ها، از شیوه‌هایی مانند آموزش روانی درباره احساس‌های دوسوگرایانه، منشأ آنها، استفاده از تمثیل و بررسی سود و زیان پذیرش احساس‌های مختلط استفاده شد. همچنین برای طرحواره هیجانی خردگرایی نیز بررسی شواهد و سود و زیان استفاده از هیجان‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و روش وکیل مدافع برای به چالش کشیدن باورهای خود به کار گرفته شد. علاوه بر اینها در رابطه با طرحواره هیجانی دوام نیز اعضا به بررسی سود و زیان این باور هیجانی خود پرداختند. علاوه بر روش‌های مستقیم اصلاح طرحواره‌ها، فنون به کار رفته در گروه درمانی مانند روش های ذهن آگاهی و آرمیدگی عضلانی نیز به اصلاح طرحواره هایی مانند طرحواره کنترل، نشخوار فکری و دوام ، کمک کرد.

در نهایت می توان اضافه نمود که طرحواره‌های هیجانی بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند و از این طریق به بهبود یکدیگر کمک می دادند. به عنوان مثال اعتباربخشی به هیجان‌های افراد به عادی سازی، کاهش احساس گناه و شرم، پذیرش و قابل درک بودن هیجان ها کمک می کند (Leahy, 2015). همچنین افزایش کاربرد طرحواره هیجانی ارزش و عادی سازی اضطراب نیز بر کاهش احساس گناه موثر بود. در رابطه با طرحواره سرزنش نیز می‌توان گفت، به نظر می‌رسد استفاده از روش آموزش روانی درباره هیجان، کاربرد هیجان، ریشه تکاملی هیجان تاثیر هیجان بر بقای انسان‌ها و همگانی بودن آن در کاهش این طرحواره نقش داشته است. در رابطه با طرحواره کرخی که درمان تاثیر معناداری بر آن نداشته است می توان گفت، اعضای گروه به میزان کمی تجربه کرخی داشتند به همین دلیل تمرکز زیادی بر اصلاح این طرحواره صورت نپذیرفت. به طور کلی می توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی هیجانی با به کارگیری شیوه هایی مانند ذهن آگاهی، تمرین های رفتاری مانند آرمیدگی عضلانی و اصلاح باورهای هیجانی ناکارآمد و تقویت باورهای هیجانی کارآمد موجب کاهش اضطراب در آزمودنی های پژوهش حاضر شده است.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش می توان گفت پژوهش حاضر تنها روی زنان ۲۰ تا ۳۵ سال مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد، بنابراین برای تعمیم دادن نتایج این پژوهش به افراد گروه‌های سنی دیگر می‌بایست احتیاط کرد. همچنین نمونه‌گیری از نوع در دسترس و به صورت داوطلبانه صورت گرفت، در نتیجه ممکن است امکان تعمیم دقیق نتایج پژوهش فراهم نباشد. همچنین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر روی آزمودنی‌های سایر گروه‌های سنی مورد بررسی قرار گیرد، بر روی هر دو گروه زن و مرد اجرا شده و نتایج مقایسه شود و با اثربخشی دارودرمانی یا سایرر درمان‌های روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری مورد مقایسه قرار گیرد.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Translated by: Y, Seyed mohamadi (2014). Tehran: Ravan. (In Persian).

Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*, *41*(6), 633-646.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6)*, 893-897.

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Journal of Behavior Research and Therapy, 46(11),* 1230–1237.

Borkovec, T. D., Newman, M. G. Q., & Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Cns Spectrums, 8(5), 382*-389.

Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Kazemi, H., & Mehrabi, H. A. (2014). The Effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 22(5)*, 1481-1494. (In Persian).

Dugas, M., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. Translated by: M, Akbari, M, Chiniforoushan, & A, Abedin (2014). Tehran: Arjmand. (In Persian).

Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy, 41(1)*, 46-58.

First, M., Spitzer, R., Gibbson, M. & Williams, J. *Structured diagnostic interview for DSM-IV disorders*, Translated by P. Mohamadkhani, M. Jokar, A. Jahani Tabesh & Sh, Tamanayi far (2010). Tehran: Danjeh. (In Persian).

Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollak, M. H., & Simon, N. M. (2017). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatry Research*, (in press). (Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.006.)

Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of beck anxiety inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal, 65(2)*, 136-140. (In Persian).

Khaleghi, M., Mohammadkhani, Sh., & Hasani, J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: a single-subject design. *Journal of Clinical Psychology, 8(2)*, 43-55. (In Persian).

Khanzadeh, M., edrisi, F., Mohamadkhani, SH., & saedian, M. (2013). Assessment of factor structure and psychometric properties of emotional schemas scale in students. *Journal of Clinical Psychology, 11(3)*, 92-119. (In Persian).

Leahy, R., Tirch, D., & Napolitano, L. (2001). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner guide*. Translated by: A, Mansouri rad. (2014). Tehran: Arjmand. (In Persian).

Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 9(3)*, 177-190.

Leahy, R. (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 14(1)*, 36-45.

Leahy, R. (2007b). Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice, 14*(3), 297-302.

Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*, New York: The Guilford Press.

Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 11(1)*, 17-29.

Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Journal of Psychological Bull, 131(5)*, 785-795.

Naderi, Y., Moradi, A., Hasani, J., & Noohi, S. (2015). Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iranian Journal of War & Public Health, 7(3)*, 147-155. (In Persian).

Naumann, E., Holmaz, E. A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A. C., & Ozlem Schafer, J. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A metaanalytic review. *Journal of Youth and Adolescence, 46 (2)*, 261-276.

Osman, A., Kopper, B., Barrios, F., Osman, J., & Wade, T. (1997). The beck anxiety inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 53(1)*, 7-14.

Rezaee, M. (2016). Effectiveness of group emotional schema therapy on BMI, emotional eating, weight self- efficacy on excessive women. (M.A degree Dissertation, University of ferdowsi). (In Persian).

Rezaee, F., Sepahvandi, M. A., & Mirzaee Habili, Kh. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy on cognitive-behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety symptoms of female students with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological studies, 13(1)*, 43-64. (In Persian).

Sharifi, V., Asadi, M., Mohamadi, M., Amini, H., & etal. (2004). Reliability and applicability of the Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Journal of Advances in Cognitive science, 6(1, 2)*, 10-22. (In Persian).

Sobhi-Gharamaleki, N., Porzoor, P., Aghajani, S., & Narimani, M. (2015). Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, Stress and depression symptoms among university students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion, 3(1)*, 5-13. (In Persian).

Tirch, D. D., Leahy, R., Silberstein, L., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy, 5(4)*, 380-391.

Vollestad, J., Sivertsen. B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Behaviour Research and Therapy, 49(4)*, 281-288.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Cognitive Psychotherapy, 23(3)*, 301-320.